

Preventie van depressie en angst bij ouderen

P. J. VAN 'T VEER-TAZELAAR, P. CUIJPERS, A. T. F. BEEKMAN

ACHTERGROND Depressieve symptomen en angstklachten bij ouderen worden gekarakteriseerd door een hoge prevalentie en een ongunstig beloop; bovendien vormen ze de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van een volwaardige depressie of angststoornis. Er is een grote behoefte aan effectieve preventieprogramma's.

DOEL Bepalen van effectiviteit en haalbaarheid van een geïndiceerd depressie- en angstpreventieprogramma voor ouderen.

METHODE Wij randomiseerden 170 ouderen (75+) met subklinische depressieve klachten en angstsymptomen tussen een stapsgewijs zorgprogramma bestaande uit 'watchful waiting', bibliotherapie, problem solving treatment en een (terug)verwijzing naar de huisarts voor eventuele medicatie, of gebruikelijke zorg.

RESULTATEN De interventie halveerde de incidentie van DSM-IV-diagnosen van depressie en angststoornissen.

CONCLUSIE Een stapsgewijze benadering van preventie van depressie en angst bij ouderen halveerde de incidentie van een depressie of angststoornis na 1 jaar, bleek kosteneffectief te zijn en de gunstige effecten bleken aan te houden gedurende 24 maanden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 579-584]

TREFWOORDEN angst, depressie, ouderen, preventie

Bij navraag hebben veel ouderen depressieve klachten en angstklachten. De aanwezigheid van dergelijke (subklinische) klachten vormt de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van een volwaardige depressie en of angststoornis. (Sub)klinische depressie en angst gaat samen met verminderde levenskwaliteit, een verslechtering van functioneren, bovenmatige sterftcijfers en aanzienlijke economische consequenties (Beekman e.a. 2000). Hoewel er de laatste jaren belangrijke vooruitgang is geboekt bij de behandeling van angst en depressie bij ouderen is er toch reden voor zorg. Bij veel ouderen blijft de problematiek onopgemerkt en bovendien blijken bestaande behandelingen minder effectief te zijn dan we zouden willen. Daarom is er een grote behoefte aan alternatieve strategieën, zoals effectieve pre-

ventieprogramma's (Cuijpers e.a. 2005), om de ziektelast te verminderen die samengaat met angst en depressie.

Preventiestrategieën

Mrazek en Haggerty (1994) beschrijven drie strategieën om psychische stoornissen te voorkomen:

- universele preventieve interventies gericht op de algemene bevolking;
- selectieve preventieve interventies gericht op bevolkingsgroepen die een verhoogd risico hebben op een psychische stoornis omdat zij aan risicofactoren zijn blootgesteld;
- geïndiceerde preventieve interventies gericht op mensen met lichte (beginnende) klachten die

nog niet een volledig ontwikkeld ziektebeeld hebben.

Bij geïndiceerde preventie probeert men het ontstaan van nieuwe stoornissen tegen te gaan of te vertragen; bovendien kan men zo de ernst van al bestaande symptomen verminderen en de periode verkorten waarin mensen met die lichte klachten kampen. Mensen met subklinische klachten lopen, zoals gezegd, een groot risico op een volwaardige depressieve of angststoornis. Geïndiceerde preventieonderzoeken bij mensen die wel klachten, maar nog geen stoornis hebben, laten ongeveer een reductie van 30% zien in depressie-incidentie (Cuijpers e.a. 2005).

De studie die wij in dit artikel beschrijven, was gebaseerd op een geïndiceerde preventieve benadering. Mensen van 75 jaar of ouder met subklinische depressie of angst werden uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieprogramma van onze studie (van 't Veer-Tazelaar e.a. 2006). In dat programma werd een interventie aangeboden in de vorm van een stapsgewijs zorgprogramma. Hoewel stapsgewijze zorg vanuit klinisch en economisch perspectief een logische benadering lijkt, is deze aanpak nog weinig onderzocht. Wij zochten een antwoord op de vraag of een stapsgewijs zorgprogramma effectiever is dan de gebruikelijke zorg.

METHODE

Het doel van deze pragmatische studie onder ouderen was om een haalbaar en effectief programma samen te stellen dat gemakkelijk op grotere schaal zou kunnen worden toegepast. Dit impliceerde:

- dat deelnemers representatief moesten zijn voor de gemiddelde thuiswonende oudere (weinig exclusiecriteria);
- dat er gebruikgemaakt werd van beproefde, simpele en goedkope methoden om deelnemers te identificeren en te rekruteren;
- dat het ondersteuningsprogramma zou bestaan uit beschikbare interventies met bewezen werkzaamheid;

- dat er een controlegroep zou zijn die gebruikelijke zorg zou ontvangen.

Bij de ouderen die deelnamen, was in alle gevallen sprake van lichte depressie- of angstklachten, vastgesteld door middel van de *Centre of Epidemiologic Studies-Depression (CES-D)*-vragenlijst en het *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. Een score van 16 of hoger op de *CES-D*-vragenlijst, overigens ook een geschikt instrument voor het meten van angst, geeft aan dat er sprake is van depressie en/of angstklachten. Het aanvullende diagnostisch interview, het *MINI*, werd afgenomen om een volwaardige depressie of angststoornis (volgens de *DSM-IV*-criteria) uit te sluiten. Ouderen die uiteindelijk deelnamen aan het onderzoek hadden allemaal een *CES-D*-score van 16 of hoger en tegelijkertijd een 'negatieve' *MINI*-uitslag.

De interventie moest flexibel zijn en goed aansluiten bij de praktijk. Het stapsgewijze ondersteuningsprogramma bestond uit vier stappen van elk gemiddeld drie maanden en werd begeleid door respectievelijk verpleegkundigen van de thuiszorg en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Op grond van tussentijdse testuitslagen volgde de oudere deelnemer al of niet het gehele traject. Als de lichte klachten na een trimester niet verminderd waren (*CES-D*-score nog steeds 16 of hoger), dan besprak de verzorgende of verplegende eventuele deelname aan de volgende stap.

Het onderzoek werd in twee parallelle groepen uitgevoerd. Geschikte deelnemers werden gerandomiseerd in twee groepen: interventiegroep (het ondersteuningsprogramma) of controlegroep (gebruikelijke zorg). De belangrijkste uitkomst na twee jaar was de cumulatieve incidentie van de *DSM-IV*-diagnose depressie of angststoornissen, vastgesteld door middel van het *MINI* dat - na de aanvangsmeting - opnieuw werd afgenomen op tijdstip 6, 12, 18 en 24 maanden.

Het stapsgewijze ondersteuningsprogramma (de interventie)

- Stap 1. Drie maanden afwachten en aanzien (watchful waiting), want lichte klachten kunnen ook vanzelf overgaan.
- Stap 2. Bibliotheerapie: deelnemers kregen informatie en begeleiding aangeboden op 'thuiszorg'-niveau. De informatie bestond uit een speciaal ontwikkelde folder en een zelfhulpcurcus gericht op het omgaan met depressie en angstklachten. Van de deelnemers werd verwacht dat ze grotendeels zelfstandig de informatie door zouden nemen, waarbij thuiszorgverpleegkundigen vooral een ondersteunende en stimulerende rol speelden door middel van huisbezoeken (maximaal 3) en/of telefonische contacten (maximaal 3).
- Stap 3. Problem solving treatment (PST). De door ons getrainde sociaal psychiatrisch verpleegkundigen boden deze korte vorm van cognitieve gedragstherapie aan in maximaal 7 huisbezoeken. PST is een methode waarmee de 75-plusser

verbetering kan aanbrengen in bestaande problematiek om hiermee eventuele samenhangende depressieve klachten en angstklachten te verminderen.

- Stap 4. Advies om de wenselijkheid van eventuele antidepressiva of angstmedicatie te bespreken met de huisarts (die ook van dit advies op de hoogte werd gebracht).

Controlegroep

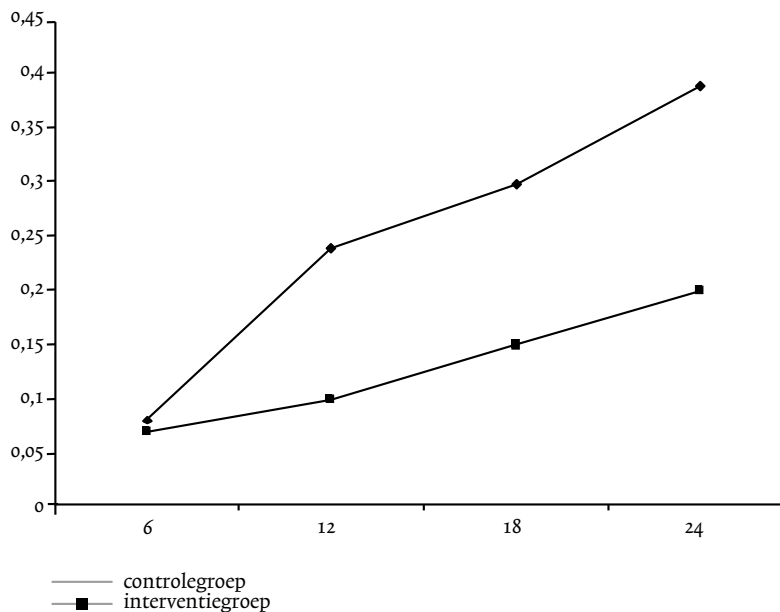
De deelnemers in de controlegroep hadden onbeperkte toegang tot de gebruikelijke zorg voor hun depressie- of angstproblematiek.

RESULTATEN

De resultaten van het preventieprogramma

Van de 86 deelnemers kregen 79 bibliotheerapie aangeboden in stap 2, in stap 3 namen vervolgens 42 ouderen deel aan de PST-fase en ten slotte ontvingen 29 deelnemers in stap 4 het advies om

FIGUUR 1 Risico per studiegroep op het ontstaan van depressie/angststoornis (DSM-IV) over 24 maanden; intention-to-treat (ITT)-analyse, met regressie-imputatie



met de huisarts eventuele medicatie te bespreken. De resultaten na 1 jaar, toen het overgrote deel van de interventie was aangeboden, toonden een halvering van het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis of angststoornis in de groep ouderen die de stapsgewijze preventieve interventie aangeboden had gekregen in vergelijking met de controlegroep, van 0,24 (20/84) naar 0,12 (10/86). Dit betekende een relatief risico van 0,49 (95%-BI: 0,24-0,98) (van 't Veer-Tazelaar e.a. 2009). Gedurende dit eerste jaar was er wel sprake van uitval (19%), vooral in de interventiegroep. Hier komen we in de discussie op terug.

Aanhoudend effect

Het komt vaak voor dat effecten van een interventie binnen een jaar na actieve deelname daaraan, afnemen. Vanwege het flexibele en pragmatische aspect van de studie ontving een klein gedeelte van de deelnemers (5%) een onderdeel van het stapsgewijze programma in het 2de jaar van de studie, maar 95% van de deelnemers volgde in het 2de studiejaar geen interventieonderdelen meer.

Ook na 2 jaar bleek de cumulatieve incidentie van een DSM-IV-diagnose depressie of angststoornis gehalveerd te zijn door de interventie, van 33/84 (39,3%) in de controlegroep naar 17/86 (19,8%) in de interventiegroep (oddsratio: 0,38; 95%-BI: 0,19-0,76) (van 't Veer-Tazelaar e.a. 2011).

Kosteneffectiviteit

Naast de effecten van het programma brachten wij ook de kosten in kaart (van 't Veer-Tazelaar e.a. 2010). Klinische uitkomsten en gebruik van voorzieningen in de interventie- en de controlegroep werden vergeleken en geanalyseerd. Het programma kostte gemiddeld € 563,- per persoon. Een gewonnen ziektevrij levensjaar kostte € 4367,- vergeleken met gebruikelijke zorg. Bij een zogenaamd willingness to pay (WTP)-niveau van minstens € 5000,- leek het bestudeerde programma derhalve voldoende waar voor zijn geld te bieden. Het economische begrip WTP geeft aan hoeveel

men in theorie bereid is te betalen voor in dit geval een programma.

DISCUSSIE

Dit project was uniek doordat drie – tot nu toe – in de literatuur onderbelichte thema's in de schijnwerpers kwamen te staan:

- het onderzoek was gericht op een relatief grote groep van oudste ouderen met een gemiddelde leeftijd van 81 jaar;
- de vorm waarin de preventieve interventie werd aangeboden, was een stapsgewijs programma waarin, onder andere, verschillende bewezen effectieve technieken waren opgenomen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie;
- de interventie richtte zich behalve op depressie ook op angst, wat vooral relevant is gezien de hoge comorbiditeit van stemmings- en angststoornissen bij ouderen.

Van belang was ook dat de onderzoeksprocedure, toegepast in deze studie, ouderen identificeerde met depressieve klachten en/of angstsymptomen die gewoonlijk niet door henzelf of hun huisartsen als zodanig waren herkend. Het screenen van ouderen in de eerste lijn kan de opsporing verbeteren.

Ethisch aspect

Voorts gaf de onderzoeksopzet ons de gelegenheid om te reflecteren op het ethische dilemma of mensen die een verhoogd risico lopen, maar geen expliciete hulpvraag formuleren, wel of niet geconfronteerd moeten worden met dat verhoogde risico met de bedoeling om hen te vragen deel te nemen aan programma's zoals in dit artikel beschreven. Het percentage actieve deelname aan de diverse interventieonderdelen, gecombineerd met uitgesproken voorkeuren van de deelnemers, wijst erop dat een interventie die zich richt op lichte klachten in plaats van op volwaardige stoornissen, zinvol is en voorziet in een behoefte bij sombere ouderen.

Uitval

Uitval werd, zoals gezegd, vaker gesignaleerd in de interventie- dan in de controlegroep. Deelnemers in een preventieonderzoek zijn (per definitie) niet ziek en het belang van deelname aan zo'n onderzoek kan in het gedrang komen als zich in de loop van de studietijd belangrijker zaken aandienen die tijd en aandacht opeisen. Uitval in een preventieonderzoek dient wellicht anders benaderd te worden dan uitval in klinisch onderzoek en hoeft niet per se verband te houden met de kwaliteit van de interventie. Bij veel van de ouderen die uitvielen, was weigering tot verdere deelname de reden; vaak werd een gebrek aan tijd als reden genoemd.

Betere preventie

Het beschreven onderzoek heeft gevolgen voor de benadering van geestelijke gezondheidsproblematiek in de eerstelijnszorg, een benadering die – naar de mening van velen – momenteel te wensen overlaat. De gefragmenteerde gezondheidszorg heeft een door aanbod gedreven, ziektespecifieke en eenzijdige benadering gericht op acute dienstverlening. Deze biedt onvoldoende ruimte voor de zorgbehoeften van kwetsbare ouderen die kampen met fysieke of psychische problemen en/of een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van dergelijke problemen. Het feit dat een preventief, relatief eenvoudig, algemeen zorgprogramma voor ouderen zowel succesvol als haalbaar blijkt te zijn is van groot belang voor de eerstelijnszorg, voor gerieters, psychiaters, psychologen, eerstelijnsverpleegkundigen en vooral voor huisartsen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Met deze studie naar de toepassing van een preventief stapsgewijs zorgprogramma, hebben wij gunstige resultaten bereikt. Maar aangezien deze studie een van de eerste is die aantonen dat preventie van depressie en angst bij ouderen

mogelijk is, zijn meer studies nodig om het effect te bevestigen. Een uitstekende manier om de resultaten van de studie te staven, zou zijn om het programma op verschillende manieren te implementeren in de praktijk.

Met de komst van een nieuwe eerstelijnsprofessional, de verpleegkundige praktijkondersteuner, is een unieke gelegenheid ontstaan om de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen met depressieve symptomen en angstklachten te verbeteren. Indien deze mogelijkheid gecombineerd wordt met adequate financiële en logistieke ondersteuning, zou men zorg kunnen bieden door middel van het implementeren van een op maat gemaakt depressie- en angstprogramma voor ouderen. Dit zou voorzien in de behoeften van zowel ouderen als professionals.

CONCLUSIE

De beschreven interventie halveerde de incidentie van DSM-IV-diagnose depressie en angststoornissen. Deze resultaten werden bereikt op een economisch aanvaardbare wijze en bleken bovendien aan te houden na beëindiging van de interventie. Dit laatste is in tegenstelling tot een trend die waargenomen was in een meta-analyse van preventieve interventies die wijst op effectafname na beëindiging van de interventie.

Alleen follow-up over lange termijn kan duidelijk maken of deze interventie nu daadwerkelijk psychische problematiek voorkomen heeft of deze slechts heeft uitgesteld. Het eerste verdient uiteraard de voorkeur, maar uitstel van het ontstaan van de volwaardige depressie of angststoornis kan ook al gezien worden als winst vanwege de ernst van deze stoornissen en hun invloed op de kwaliteit van leven.

LITERATUUR

- Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 89-95.

- Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 119-25.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders. *Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press; 1994.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, e.a. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care [SRCTN26474556]. *BMC Public Health* 2006; 6: 186.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, e.a. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 297-304.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman AT. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatric Psychiatry* 2011; 19: 230-9.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, Smit F, van Hout H, van Oppen P, van der

Horst H, Beekman A, e.a. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 319-25.

AUTEURS

NELLEKE VAN 'T VEER-TAZELAAR is onderzoeker, Afdeling Psychiatrie, GGZ InGeest en EMGO Institute of Health and Care Research, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

PIM CUIJPERS is hoogleraar Klinische Psychologie, Afdeling Klinische Psychologie en EMGO Institute of Health and Care Research, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

AART BEEKMAN is hoogleraar Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie GGZ InGeest en EMGO Institute of Health and Care Research, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. Nelleke van 't Veer-Tazelaar, Afdeling Psychiatrie, VU Medisch Centrum, A.J. Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: n.vantveer@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-9-2010.

SUMMARY

Prevention of depression and anxiety in older people – P.J. van 't Veer-Tazelaar, P. Cuijpers, A.T.F. Beekman –

BACKGROUND In older people, sub-threshold symptom levels of depression or anxiety are characterised by a high prevalence and an unfavourable prognosis. They are the best predictors of the onset of full-blown disorders. There is an urgent need to develop effective preventative strategies.

AIM To determine the effectiveness and feasibility of an indicated depression- and anxiety-prevention programme for older people.

METHODS 170 individuals (75+) with sub-threshold symptom levels of depression or anxiety were randomized between a preventive intervention programme consisting of watchful waiting, bibliotherapy, problem-solving treatment, and re-referral to primary care to discuss medication, or usual care.

RESULTS The intervention halved the incidence of (DSM-IV) depressive and anxiety disorders.

CONCLUSION A stepped-care approach to the prevention of depression and anxiety in later life was successful in halving the incidence of depressive and anxiety disorders after one year, were cost-effective, and the favourable effects were sustained for up to 24 months.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 579-584]

KEY WORDS anxiety, depression, prevention